

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE 1026

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Robert BRECHET

Né le 20 Novembre 1919, à Rumilly (Haute-Savoie)

Présentée et soutenue publiquement le ... 7 DEC 1949 ... 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES CHOLECYSTOSTOMIES

Président : M. QUENU, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1949

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Robert BRECHET

Né le 20 Novembre 1919, à Rumilly (Haute-Savoie)

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES CHOLECYSTOSTOMIES

Président : M. QUENU, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1949



DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombredanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique.	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale.	VERNE (J.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.-M.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie ..	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale .	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	BENARD (H.)
	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALIERY-RADOT (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
	VELTER (E.)
Clinique ophtalmologique	LEMAITRE (F.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimen- taires (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique urologique	FEY (R.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

	MM.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale.	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie.	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie.	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie :	N... DELMAS. N. et DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale : PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Anatomie pathologique	DELARUE Mlle GAUTHIER-VILLARS.	
Bactériologie.	BONNET. FASQUELLE.	Pathologie expérimentale. MERKLEN.
Biochimie méd.	ETTORI. SCHAPIRA.	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Dermato-syphillographie.	DEGOS.	
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.	Pathologie médicale : ...
Hydrologie	DEBRAY.	
Hygiène	BOYER. DEPARIS.	
Médecine légale	DEROBERT.	
Neuro-chirurgie	PUECH.	
Neurologie ...	DE SEZE.	
	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Pédiatrie : MARIE (Julien).
Obstétrique ...		Pharmacologie . CHEYMOL.
Ophtalmologie .	OFFRET.	Physiologie ... BARGETON. PARROT.
Oto-rhino-laryngologie .	AUBIN.	Physique médicale DJOURNO.
Parasitologie ..	BRUMPT L-G.	Psychiatrie ... BARUK.
Pathologie chirurgicale.	FEVRE. HUGUIER. LEGER.	Thérapeutique Agr. ch. d'ens. BROUET.
		Urologie COUVELAIRE R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale	{	Clinique obstétricale	{
	AMELINE.		ECALLE.
	FUNCK- BRENTANO. MENEGAUX.		LACOMME.
Clinique médicale	{	Clinique ophtalmologique	RENARD.
	BOULIN.		
	HAGUENAU. MOUQUIN.		

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A HAHN.

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Je les associe tous deux dans
ma reconnaissance. Ils ont fait
pour moi tous les sacrifices.*

*Que ce modeste travail leur ap-
porte un faible témoignage de ma
gratitude et de ma profonde affec-
tion.*

A MA FEMME, A MES ENFANTS

*Qu'ils trouvent ici une faible
récompense à l'aide morale qu'ils
m'ont apportée par leur amour.*

A MON FRERE ET A MES SŒURS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR QUENU

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale
à l'Hôpital Cochin

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous fait le grand honneur
de présider notre thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HARTGLAS

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Meaux
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Nous lui devons tout.
Il fut pour nous plus qu'un
patron.*

*Les années passées sous sa
« houlette » chirurgicale nous ont
fait contracter envers lui une
dette de reconnaissance qui ne
sera jamais éteinte. Et nos vifs
remerciements pour le sujet de
cette thèse qu'il a bien voulu nous
inspirer.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MENEZ

Chirurgien de l'Hôpital de Poissy

*Vous avez guidé nos premiers
pas dans le domaine chirurgical.
Veuillez trouver ici l'expression
de notre joie à nous retrouver à
vos côtés.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRUNFELD

Chirurgien-Adjoint de l'Hôpital de Meaux

*In memoriam.
En remerciement de ses bons
conseils et de sa patience au bloc
opératoire.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

A l'hôpital de Meaux, dans le service de chirurgie dont nous étions l'interne, le Docteur HARTGLAS pratique la cholécystostomie depuis 1930 dans presque tous les cas de cholécystite ou d'atteinte des voies biliaires.

Il associe, s'il y a lieu, un drainage de la voie biliaire principale au drainage de la vésicule.

La cholécystectomie n'a gardé pour lui que de très rares indications.

Ayant pu réunir 88 observations de malades ainsi traités et connaître quel fut leur avenir post-opératoire, nous croyons utile de publier les résultats obtenus, suivant les différents types de lésions anatomo-pathologiques découverts lors de l'intervention.

Nous avons pour la plupart un recul de plusieurs années et même, pour quelques-uns, de plus de dix ans pour juger des résultats éloignés de la méthode.

HISTORIQUE

La cholécystostomie est littéralement l'abouchement de la vésicule biliaire à la peau. Par extension, on désigne sous le même nom toute incision de la vésicule suivie ou non de suture ayant pour résultat la fistulisation de l'organe à l'extérieur même par l'intermédiaire d'un trajet plus ou moins long.

J.-L. PETIT, au début du XVIII^e siècle, n'agissait sur la vésicule que si elle était adhérente à la paroi abdominale.

C'est CARRÉ, chirurgien du Val-de-Grâce, qui, en 1833, conseille d'intervenir sur les vésicules non adhérentes à la paroi. Et c'est pourquoi SABATIER lui attribue la paternité de cette intervention.

Le 14 avril 1878, Marion SIMS pratique la cholécystostomie pour lithiase biliaire. Mais son malade meurt.

En juin 1878, KOCHER pratique avec succès une cholécystostomie. Il est suivi aussitôt par DOYEN, MAUNOURY, etc.

Facile et peu dangereuse, elle trouve alors des indications extrêmement larges dans la chirurgie des voies biliaires.

Mais en 1882, LANGENBRUCK, en Allemagne, et FELIZET, en France, pratiquent la cholécystectomie. Cette opération est bientôt considérée comme idéale.

En 1913, BACHY dit que « le temps n'est plus où les chirurgiens hésitaient à sacrifier la vésicule

biliaire sous prétexte que cet organe avait une fonction physiologique déterminée ». Et PETIT-DUTAILLIS, en 1922, dit que « la cholécystectomie est une des plus belles conquêtes de la chirurgie ».

La cholécystostomie est reléguée au rang d'opération d'exception, de pis-aller, accusée de n'être qu'une intervention incomplète, voire même dépourvue souvent d'action thérapeutique pratique. Cholécystectomie, drainage de l'hépatique, anastomose biliaire assurant une dérivation définitive se partagent ses anciennes indications.

Cependant, certains chirurgiens restent fidèles à la cholécystostomie et la réaction se produit.

En 1930, FAVRE publie les résultats obtenus par LEURET en dix-neuf années, et précise les avantages de la cholécystostomie.

BÉRARD et MALLET-GUY (Congrès International de Vichy, 1932) soutiennent l'opinion que dans la lithiase biliaire, la maladie déborde le réservoir vésiculaire et que le parenchyme hépatique prend une large part à la formation des calculs.

EXAMENS PRÉ-OPÉRATOIRES

Chez ces malades, hépatiques pour la plupart, nous exécutons avant l'intervention une série d'examens qui nous donnent des notions, très approximatives d'ailleurs, sur la valeur fonctionnelle exacte du foie.

L'intervention va porter sur la clef de voûte du système cardio-hépatéo-rénal. Il ne suffit donc pas que les fonctions hépatiques soient normales, il faut également étudier la valeur fonctionnelle du rein. Enfin, le duo hépatéo-rénal étant orchestré par le cœur, il est indispensable de faire un examen cardiologique le plus complet possible et une mesure de la tension artérielle.

Pour cela, nous exécutons les examens suivants :

- 1° Etude de la valeur fonctionnelle du foie par la méthode colorimétrique de Rosenthal.
- 2° Etude de la fonction de coagulation du sang :
 Mesure du temps de saignement;
 Mesure du temps de coagulation.
- 3° Recherche de la glycémie.
- 4° Recherche de l'azotémie.
- 5° Epreuve de la phénol-sulfone-phtaléine.
- 6° Formule sanguine.
- 7° Examen clinique du cœur et des poumons.

Enfin, au point de vue local, puisqu'il s'agit d'intervenir sur les voies biliaires, nous faisons exécuter un examen radiologique sans et avec préparation au

tétraiode qui aura, s'il est positif, une grande valeur diagnostique, mais par contre, s'il est négatif, doit céder le pas à l'examen clinique.

Au cas où les examens des fonctions hépatiques rénales, cardio-vasculaires ou pulmonaires ne seraient pas satisfaisants, nous instituons un traitement médical approprié.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

1° LE PANSEMENT :

Le drain vésiculaire, renforcé à sa sortie de la paroi par son opercule de Cavaillon, traverse le pansement et est raccordé à un long tube de caoutchouc qui plonge dans un bocal gradué, dans lequel est recueillie la bile dont la quantité est notée chaque jour.

S'il existe un drain sous-vésiculaire, il est recouvert par le pansement.

2° ABLATION DES DRAINS :

Le drainage sous-vésiculaire, s'il existe, est supprimé du troisième au cinquième jour.

Le drainage intra-vésiculaire n'est retiré que lorsque les signes généraux ont disparu, que les signes de rétention biliaire ont régressé, et enfin en cas d'infection des voies biliaires, lorsque l'écoulement biliaire sera clair, fluide et régulier.

De plus, ce drainage intra-vésiculaire ne sera jamais supprimé avant d'avoir pratiqué une cholécystangiographie qui permettra de contrôler la perméabilité des voies biliaires.

3° PROTECTION DE LA PEAU :

Pour éviter l'irritation de la peau et l'apparition de dermites, la peau au pourtour de la fistule sera pro-

tégée par une pommade grasse à l'oxyde de zinc que l'on renouvellera à chaque pansement.

4° ABLATION DES FILS :

Le huitième jour.

5° RÉGIME ALIMENTAIRE :

C'est le régime des hépatiques plus ou moins sévère suivant l'état des fonctions hépato-rénales du malade qui sera appliqué.

6° MÉDICATION :

a) Toni-cardiaque :

Chez les urémiques, nous employons outre les toni-cardiaques habituels, l'association amino-phylline-ouabaïne en injection intra-veineuse.

b) Hépato-rénale :

- Extraits hépatiques;
- Chophytol intra-veineux;
- Sérum glucosé.

c) Anti-hémorragique :

Le jour de l'intervention :

- Adrénochrome;

Les jours suivants :

- Vitamine K;
- Gluconate de calcium;
- Sérum de cheval;
- Thrombase.

Et au besoin : petites transfusions répétées, mais les accidents hémorragiques sont rares après cholécystostomie.

d) Anti-infectieuse :

- Pénicilline.

— Streptomycine.

S'il y a lieu alcool intra-veineux contre les complications pulmonaires.

— Diformine iodo-benzo-méthylée intra-veineuse.

TECHNIQUE DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

C'est la technique décrite par MM. Bernard DESPLAS et Jean MEILLÈRE dans le *Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie* du 3 décembre 1930, qui est adoptée par le Docteur HARTGLAS.

Incision le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen d'environ 15 à 18 cm.

Exploration manuelle de la vésicule biliaire et des voies biliaires, surtout en cas de lithiase.

Si possible, contrôle visuel de l'aspect du cholédoque. Cependant, s'il existe de la péricholécystite avec adhérences nombreuses et serrées, on ne pratique pas ce contrôle, de façon à ne pas ôter à la cholécystostomie son caractère de bénignité et éviter l'obligation de faire un drainage sous-vésiculaire.

Ponction et évacuation de la vésicule au trocart et à la seringue. Incision du fond de la vésicule dont le contenu est enlevé à l'aide d'une cuillère à café ou d'une curette mousse doucement maniée.

Mise en place dans la vésicule d'une sonde de Pezzer dont on fait sauter le capuchon, ne gardant que la partie en entonnoir.

Avant de placer la sonde, on faufile en bourse, autour de la fente, un fil de lin n° 0, en faisant des points non perforants séro-musculaires.

Lorsque la sonde est en place, on la fixe aux bords de la fente par quatre points au catgut 00; puis on enfonce légèrement la sonde pendant que l'aide serre la bourse. On obtient ainsi une invagination du fond de la vésicule autour de la sonde.

A l'aide des chefs du fil de la bourse, on fixe la vésicule au péritoine pariétal antérieur et à l'aponévrose. On réalise ainsi un accolement du péritoine vésiculaire au péritoine pariétal et une exclusion de la grande cavité péritonéale, de la fistule vésiculaire.

Fermeture de la paroi au-dessus et au-dessous de la sonde de Pezzer sans drainage.

Mise en place de l'opercule de Cavaillon qui permet de fixer la sonde à la peau et évite les plicatures de la sonde et son écrasement par le pansement ou les draps.

Lorsque les lésions obligent à pratiquer un drainage sous-vésiculaire, on évite de faire sortir le drain sous-vésiculaire par le même orifice que la sonde. On pratique toujours un pont cutané entre les deux, de façon à ce que le suintement de l'un ne vienne pas infecter le trajet de l'autre par infiltration de voisinage.

La cholécystostomie ainsi réalisée est :

- continente;
- par invagination;
- sans risque d'infection de la grande cavité.

Le drainage de la vésicule peut être maintenu très longtemps sans risque d'ennuis pariétaux et sans déperdition exagérée de bile.

On peut, d'autre part, profiter de la dérivation pour faire une exploration radio-lipiodolée des voies biliaires.

L'absence de drainage sous-hépatique évite la création d'adhérences laissant le champ libre à des interventions futures sur le carrefour biliaire.

Enfin, l'invagination de la paroi vésiculaire sur la sonde permet la fermeture de la plaie et de la fistule en quelques jours lorsqu'on retire la sonde de Pezzer.

CLASSIFICATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES CAS AYANT SUBI LA CHOLÉCYSTOSTOMIE

1° VÉSICULES LITHIASIQUES : 48 cas

Ces vésicules à parois parfois normales; plus souvent épaissies, contiennent une bile qui, suivant les cas, est claire, jaune, filante ou épaisse, noirâtre mais aseptique; et des calculs nombreux, petits et à facettes, ou un ou deux gros calculs.

2° VÉSICULES FRAÎSES : 5 cas

Ces vésicules souvent volumineuses, blanchâtres, présentent une muqueuse parsemée de granulations jaunâtres évoquant les akènes de la fraise.

3° HYDROCHOLÉCYSTES : 4 cas

Distension énorme de la vésicule par oblitération calculeuse du canal cystique. Le contenu vésiculaire est un liquide incolore, filant, quelquefois teinté de bile.

4° CHOLÉCYSTITES AIGUES : 5 cas

Vésicules hypervascularisées, à parois épaissies à contenu normal, mais dans lequel l'examen bactériologique révèle la présence d'une flore microbienne variée.

5° CHOLÉCYSTITES PURULENTES : 10 cas

Parois épaissies, muqueuse ulcérée.

Contenu verdâtre purulent et mêlé à de la boue biliaire.

Souvent accompagnées de péricholécystite importante.

6° CHOLÉCYSTITES GANGRÉNEUSES : 2 cas

Ce sont des cholécystites purulentes suraiguës. La paroi de la vésicule est alors recouverte de fausses membranes; il existe des abcès miliaires intra-muraux. Le contenu purulent est fétide, rappelant celui des appendices gangréneux.

7° CHOLÉCYSTITES HYPERTROPHIQUES : 10 cas

Vésicules énormes à parois sclérosées très épaissies.

8° CHOLÉPÉRITOIRES : 2 cas

Dans ces deux cas de cholépéritoine, nous n'avons jamais retrouvé de calculs. La vésicule se présentait dans un cas comme une grosse aubergine avec plaques de gangrène jaunâtres. Dans l'autre cas, la vésicule était énorme, distendue, mais de coloration normale. On pouvait noter une hypervascularisation, mais pas de plaques de sphacèle ni de gangrène.

Dans les deux cas, la vésicule était recouverte de « rosée biliaire ».

9° PERFORATION D'UNE VÉSICULE LITHIASIQUE : 1 cas

Il semble que la perforation se soit produite par suite de l'irritation de la paroi vésiculaire au contact d'un gros calcul irrégulier. Le contenu de la vésicule n'étant constitué que par de la bile d'aspect normal.

10° CHOLÉCYSTOSTOMIE POUR ICTÈRE MÉDICAL : 1 cas

N. B. — (Nous ne publierons pas les observations cliniques relatives aux vésicules lithiasiques qui ne présenteraient pas un gros intérêt, le tableau étant sensiblement identique dans tous les cas.)

OBSERVATIONS

A. — CHOLECYSTITES AIGUES

OBSERVATION N° 1

Mme A..., quarante-neuf ans.

Cette malade entre dans le service le 7 mars 1941 pour réaction péritonéale avec hyperthermie.

On note immédiatement un léger ictère.

La malade se plaint de douleurs partant de la région hépatique et irradiant vers l'épaule droite.

Il existe un signe de Murphy très net; un léger empâtement sous-hépatique.

La malade avoue avoir eu plusieurs crises du même genre depuis un an, mais qui passaient sans traitement, et elle ne faisait pas de température.

INTERVENTION :

On trouve une grosse vésicule congestionnée avec péricholécystite importante.

Pas de calculs.

Bile noire abondante.

Cholédoque légèrement dilaté.

SUITES :

Très simples.

Drainage maintenu trois semaines.

Cholécystangiographie : voies biliaires perméables de calibre normal et fonctionnement normal du sphincter d'Oddi.

Fermeture spontanée de la fistule.

Le 13 mars 1949 : guérison totale.

OBSERVATION N° 2

Mme H..., quarante-quatre ans

Cette malade entre le 7 octobre 1933 avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Température : 39°4.

Sensibilité de tout le côté droit de l'abdomen avec maximum de la douleur sous-hépatique.

A ce niveau, on parvient à localiser une tuméfaction que l'on identifie avec la vésicule.

Cette malade avoue avoir eu plusieurs crises douloureuses semblables mais de très courte durée, qu'elle faisait passer à l'aide d'une bécule d'eau chaude.

INTERVENTION :

On trouve une grosse vésicule turgescence à parois épaissies, de couleur aubergine, contenant une bile verte, épaisse, dans laquelle l'examen bactériologique révèle la présence de colibacilles.

SUITES :

Le drainage vésiculaire est maintenu vingt jours au cours desquels l'écoulement d'abord épais et peu abondant devient fluide, jaune clair et plus abondant.

Cholécystangiographie : voies biliaires perméables et de calibre normal; évacuation normale.

Le 20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 3

Mme M..., quarante et un ans.

Cette malade est soignée depuis plusieurs années pour syndrome hépato-digestif : dyspepsie douloureuse avec parfois un peu de subictère et température à 38°.

Le 27 avril 1937, elle entre dans le service pour une crise semblable, mais dont les signes sont beaucoup plus accusés : douleur intense; subictère; température à 40°.

A l'examen, on trouve un signe de Murphy très net avec une légère réaction péritonéale dans tout le côté droit de l'abdomen.

INTERVENTION :

Vésicule de taille moyenne à parois épaissies et noyée dans une gangue de péricholécystite importante.

La vésicule est tendue, œdématisée.

La bile qui s'en écoule est d'aspect normal, un peu visqueuse, et dégage une odeur rappelant celle des collections à colibacilles.

Pas de calculs.

SUITES :

Drainage vésiculaire maintenu un mois, car l'écoulement est assez long à s'éclaircir et à avoir une abondance normale.

Au cours d'un pansement, la sonde de Pezzer tombe. On ne la remplace pas et la fistule se ferme spontanément en quelques jours.

Le 30 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 4

Mme C..., soixante-huit ans.

Souffre depuis très longtemps de cholécystite chronique. Malgré les avis de son médecin, elle a toujours refusé l'intervention.

Le 25 mai 1947, elle fait une crise plus violente avec réaction péritonéale et vomissements.

A l'examen, on trouve une très vive douleur sous hépatique.

INTERVENTION :

A cause d'une urémie à 0 gr. 80 : anesthésie locale.

La vésicule est turgescente, aubergine, à parois épaissies et la muqueuse est ulcérée.

Il s'en écoule une bile verte, fétide.

Décès par poussée urémique le sixième jour.

OBSERVATION N° 5

M. N..., quarante et un ans.

Il s'agit d'un malade fatigué chez qui le moindre écart de régime provoque des douleurs épigastriques importantes avec parfois apparition d'un léger ictère. Les urines sont foncées et les matières fécales décolorées.

Le 17 juin 1945, il entre dans le service pour une crise plus violente avec vomissements et hyperthermie à 39°.

A l'examen, on trouve un empâtement de la région sous-costale droite avec maximum douloureux au point vésiculaire.

INTERVENTION :

Vésicule hypervascularisée à parois épaissies, contenant une bile d'aspect normal.

Il existe une péricholécystite importante.

L'examen bactériologique de la bile montre la présence d'une flore microbienne variée avec prédominance de colibacilles.

SUITES :

Drainage maintenu quinze jours.

L'écoulement biliaire devient très vite abondant et clair.

Pas de cholécystangiographie.

Le 15 mars 1949 : le malade nous écrit qu'il est guéri, qu'il digère bien et qu'il a engraisé de 8 kgs.

B. — CHOLECYSTITES PURULENTES

OBSERVATION N° 6

Mme P..., cinquante-cinq ans.

Nous n'avons pas retrouvé l'histoire clinique de cette malade.

INTERVENTION le 11 février 1934 :

Intervention pour cholécystite purulente.

On trouve une vésicule épaissie, avec péricholécystite importante et contenant du pus et de la boue biliaire.

SUITES :

Le drainage est maintenu trois semaines.

Pas de cholécystangiographie.

Trois mois plus tard, la fistule ne se tarissant pas, on en pratique la fermeture chirurgicale.

Cette malade est décédée en 1948 sans avoir souffert de sa vésicule depuis son opération (lettre de la famille).

OBSERVATION N° 7

Mme P..., quarante-cinq ans.

Pas d'observation clinique de cette malade.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 21 avril 1933 : cholécystostomie pour cholécystite purulente avec péricholécystite importante.

La malade sort le 15 mai 1933.

Elle nous écrit le 20 mars 1949 : « Je suis bien guérie, je digère bien tout sauf les choux, et hélas j'ai engraisé de 18 kgs ».

OBSERVATION N° 8

Mme J..., trente-huit ans.

Syndrome vésiculaire important avec température élevée et contracture de la paroi abdominale.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 12 février 1936, on trouve une vésicule très adhérente à la paroi, contenant du pus, de la boue biliaire et quelques calculs.

SUITES :

Décès le dixième jour : hémoptysie.

OBSERVATION N° 9

Mme R..., soixante-quatre ans.

Cette malade souffre depuis l'âge de quarante ans de coliques hépatiques. Les crises sont de plus en plus fréquentes.

La dernière crise date d'il y a quinze jours.

Elle entre dans le service pour une température à 39° persistant depuis la crise et s'accompagnant d'un point vésiculaire très douloureux.

Les douleurs sont irradiées à tout le ventre.

A l'examen, on trouve une légère contracture de tout l'abdomen et un plastron sous-hépatique.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 12 février 1938, on trouve une vésicule très adhérente à la paroi avec un peu de pus entre la vésicule et la paroi.

La péricholécystite est importante.

A l'ouverture de la vésicule, il s'écoule un pus malodorant.
La muqueuse vésiculaire est œdématiée et ulcérée.

SUITES :

Le drainage intra-vésiculaire est maintenu dix-huit jours au bout desquels l'écoulement est devenu fluide et jaune clair.

Les signes de péricholécystite ont disparu, ainsi que les signes péritonéaux et la température.

Cholécystangiographie : voies biliaires perméables et temps d'évacuation normal.

Actuellement : guérison totale. Plus aucune colique hépatique. Plus de douleur.

OBSERVATION N° 10

M. B..., soixante ans.

Début brutal la veille de l'entrée dans le service par un syndrome pseudo-occlusif et température à 40°.

A l'entrée, le 19 avril 1932 : masse dure bien limitée sous-hépatique, très douloureuse.

On retrouve dans le passé de ce malade des crises vésiculaires mais très légères que le malade ne traitait pas.

INTERVENTION :

On trouve une grosse vésicule dont la séreuse est recouverte de fausses membranes jaunâtres.

Les parois vésiculaires sont épaissies.

Il s'écoule de la vésicule un contenu purulent grumeleux dans lequel l'examen bactériologique montre la présence de colibacilles.

SUITES :

Le drainage vésiculaire est maintenu cinq semaines.

Pendant très longtemps l'écoulement était épais et trouble.

Les signes généraux et locaux se sont amendés progressivement.

La sonde étant tombée d'elle-même, on ne pratique pas chez ce malade de cholécystangiographie.

Le fils de ce malade nous écrit le 5 avril 1949 : « Mon père est décédé en 1939 d'une congestion pulmonaire, mais il était bien guéri de sa maladie de la vésicule biliaire ».

OBSERVATION N° 11

Mme C..., quarante-trois ans.

Entre dans le service le 15 mars 1946.

Elle présente depuis plusieurs mois une douleur dans la région sous-hépatique avec parfois exacerbations suivies de poussées thermiques.

On note de plus un léger subictère.

Les urines sont foncées et les matières parfois moins colorées.

Depuis quelques jours, la douleur est beaucoup plus violente et sans rémission, et la température très élevée.

A l'examen : la palpation de l'hypocondre droit est très douloureuse, presque impossible.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 15 mars 1946 : la vésicule est noyée dans des adhérences de péricholécystite.

Elle est de taille moyenne mais les parois sont épaissies.

La ponction ramène un liquide verdâtre, purulent et mêlé à de la boue biliaire.

La muqueuse est ulcérée et œdématiée.

SUITES :

Drainage vésiculaire (quatre semaines).

Les signes disparaissent rapidement.

La cholécystangiographie montre des voies biliaires de calibre normal, mais dont l'évacuation est retardée et il se produit un léger reflux dans le canal hépatique.

Le 15 mars 1949 : guérison totale; digestion parfaite; engraissement notable.

OBSERVATION N° 12

M. B..., soixante-dix ans.

Ce malade ictérique présentait depuis une dizaine d'années des crises douloureuses à point de départ sous-hépatique.

Son médecin pensait à une histoire néoplasique.

Le 29 août 1936 : crise plus violente avec syndrome occlusif et température à 39°.

Tout l'hypocondre droit est douloureux et présente à la palpation une défense marquée.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 31 août 1936 : cholécystostomie : on trouve une vésicule distendue noyée dans des lésions de péricholécystite importante.

Les parois de la vésicule sont épaissies et hypervascularisées.

La ponction ramène un liquide purulent, fétide, et on retire un gros calcul et du sable biliaire.

SUITES :

Drainage vésiculaire maintenu cinq semaines. L'écoulement est très lent à prendre un débit régulier.

Cependant, peu à peu, l'ictère régresse et le malade « se sent revivre ».

Le 20 avril 1949 : le malade qui a maintenant quatre-vingt-trois ans, prend l'autobus pour faire les 10 kilomètres qui le séparent de l'hôpital, afin de nous dire lui-même qu'il est complètement guéri, n'a plus de jaunisse et digère bien.

OBSERVATION N° 13

M. B..., trente-cinq ans.

Ce malade, sans passé hépato-vésiculaire, souffre depuis trois

jours de son hypocondre droit. Il accuse une douleur violente sus-claviculaire droite, surtout à l'inspiration profonde.

Température à 39°.

A l'examen, il existe une défense très nette de la région douloureuse.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 2 novembre 1936 : la vésicule est hypervascularisée et bridée par des adhérences au foie et au duodénum.

Les parois sont épaisses.

Le contenu est purulent, verdâtre.

La muqueuse est ulcérée et saignante.

SUITES :

Le drainage vésiculaire n'est maintenu que quinze jours.

La cholécystangiographie montre des voies biliaires normales.

Le 10 mars 1949 : guérison persistante.

OBSERVATION N° 14

Mlle D..., cinquante-huit ans.

Cette malade entre dans le service le 11 novembre 1941 avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Depuis deux jours, elle souffre d'une douleur dans l'hypocondre droit avec température à 39° au moment de l'entrée.

Etat nauséux.

Pas d'antécédents hépato-biliaires.

A l'examen, on trouve une fosse iliaque droite douloureuse mais un signe de Murphy très net.

Rien au toucher vaginal.

INTERVENTION :

La vésicule est de taille normale. Ses parois sont très épaissies et il existe un peu de péricholécystite.

La ponction ramène un liquide purulent verdâtre et de la boue biliaire.

SUITES :

Le drainage est maintenu quinze jours.

La cholécystangiographie montre un transit normal.

Le 15 avril 1949, la malade répond qu'elle est en bonne santé.

OBSERVATION N° 15

Mme G..., vingt-huit ans.

La malade entre à l'hôpital le 17 février 1942, parce que depuis plusieurs jours elle souffre d'une douleur intermittente siégeant dans la région sous-costale droite.

Depuis le matin, la douleur est devenue continue et beaucoup plus violente.

Température : 39°5.

Examen : région vésiculaire très sensible avec légère contraction pariétale.

INTERVENTION le 19 février 1942 :

La vésicule est adhérente à la paroi et il existe une péri-cholécystite importante.

La ponction ramène un liquide purulent fétide.

La muqueuse vésiculaire est épaissie et ulcérée.

SUITES :

Le drainage est maintenu trois semaines au cours desquelles l'écoulement s'est tari le troisième jour, puis à repris sous l'effet de l'injection intra-vésiculaire de sulfate de magnésie.

La cholécystangiographie montra un passage normal.

Actuellement, la malade est hospitalisée pour tuberculose pulmonaire à l'hôpital de Meaux.

Sa vésicule est complètement guérie et elle n'a jamais fait de rechutes malgré les écarts de régime dus à la suralimentation.

C. — CHOLEPERITOIRES

OBSERVATION N° 16

M. D..., quarante-six ans.

Le 1^{er} janvier 1946, le malade ressent une douleur violente en coup de poignard dans le côté droit de l'abdomen.

Vomissements.

A l'examen : faciès anxieux; température à 39°; bradycardie; hyperesthésie de la fosse iliaque droite; contracture de l'abdomen surtout à droite.

INTERVENTION :

Incision médiane sus-ombilicale.

On trouve dans le péritoine du liquide bilieux.

La vésicule est distendue, énorme, de coloration normale et couverte de rosée biliaire.

La ponction ramène une bile verdâtre et épaisse.

Pas de calculs.

Pas de perforation visible.

SUITES :

Le drainage intra-vésiculaire est maintenu trois semaines.

Drainage de la grande cavité (six jours).

Disparition rapide des phénomènes péritonéaux et écoulement rapide de bile jaune claire.

Ce malade est revu le 18 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 17

Mme S..., cinquante ans.

La malade entre le 9 décembre 1941 avec le diagnostic de perforation gastrique.

Début par une douleur en coup de poignard à l'épigastre.

Ventre de bois.

Température à 38°.

Tachycardie.

Toucher vaginal douloureux au niveau du cul-de-sac de Douglas.

Mais pas d'antécédents ulcéreux et, par contre, une crise douloureuse quelques années plus tôt suivie de subictère.

Radio : pas de pneumo-péritoine.

On pense à une perforation de la vésicule.

INTERVENTION :

On trouve du liquide bilieux dans la grande cavité.

La vésicule est distendue, aubergine avec des plaques de gangrène grisâtre.

On ne trouve pas de pertuis visible, mais tout l'organe est recouvert de rosée biliaire.

La ponction ramène un liquide vert, épais.

Pas de calcul.

SUITES :

Le drainage vésiculaire est maintenu un mois.

L'écoulement est au début très irrégulier, puis il se régularise à mesure qu'il devient plus clair.

Cholécystangiographie : voies biliaires normales.

Le 18 mars 1949 : guérison.

D. — PERFORATION DE LA VESICULE

OBSERVATION N° 18

Mme G..., soixante-cinq ans.

Le 16 février 1941, la malade entre à l'hôpital pour syndrome abdominal aigu avec contracture apparue après une dou-

leur en coup de poignard, terminant une crise de coliques hépatiques.

Il s'agit d'une femme en mauvais état général, ancienne lithiasique qui refusait l'intervention.

Elle présente un ictère franc depuis plusieurs mois.

Une radio pratiquée auparavant montrait une vésicule contenant un gros calcul.

Actuellement, tableau de péritonite par perforation, avec contracture généralisée et hyperesthésie cutanée.

Le toucher vaginal est douloureux au niveau du cul-de-sac de Douglas.

INTERVENTION :

Liquide bilieux en quantité dans la grande cavité péritonéale. La vésicule est turgescente, aubergine, avec à son fond une perforation de la taille d'un petit pois au travers de laquelle on aperçoit la surface irrégulière d'un calcul.

Extraction d'un gros calcul irrégulier, unique.

SUITES :

Cholécystostomie et drainage de la grande cavité.

Les suites sont pénibles, mais les phénomènes péritonéaux finissent par s'amender; le drainage biliaire s'effectue bien.

Au bout de trois semaines : suppression de la sonde.

Pas de cholécystangiographie.

La malade est décédée en 1946 : urémie.

De 1941 à 1946 : guérison et nette amélioration de l'état général.

E. — CHOLECYSTITES HYPERTROPHIQUES

OBSERVATION N° 19

Mme A..., cinquante ans.

La malade entre à l'hôpital le 1^{er} novembre 1945.

Son état général est médiocre, elle présente du subictère, des douleurs abdominales vagues et une température oscillant entre 37°5 et 38°.

La palpation montre un point vésiculaire très sensible avec irradiation douloureuse scapulaire droite.

La vésicule n'est pas palpable.

Radiographie négative.

INTERVENTION le 6 novembre 1945 :

On tombe sur une grosse vésicule à parois très épaissies contenant une bile verte épaisse.

SUITES :

L'écoulement biliaire s'éclaircit en une dizaine de jours.

Le drainage est maintenu trois semaines.

La cholécystangiographie montre les voies biliaires normales et une évacuation normale.

La malade est revue le 15 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 20

Mme F..., quarante-huit ans.

Elle entre dans le service le 4 décembre 1946 pour douleurs abdominales durant depuis plusieurs mois, surtout du côté droit avec irradiation scapulaire.

Etat subfébrile, pas d'ictère, pas de crise plus violente.

La palpation montre un signe de Murphy net.

Radiographie : la vésicule n'est pas injectée par le tétraïode.
Pas d'image de calculs.

INTERVENTION le 12 décembre 1946 :

Grosse vésicule à parois très épaisses et sclérosées contenant de la bile normale.

SUITES :

Le drainage est maintenu trois semaines.

Cholécystangiographie : image normale.

Revue le 16 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 21

Mme F..., cinquante-deux ans.

Cette malade présente depuis plusieurs semaines un subictère avec température à 38° et douleurs dans l'hypocondre droit. La palpation montre un point vésiculaire douloureux.

Radiographie : la vésicule est bien injectée, très grosse, sans image de calculs.

INTERVENTION le 26 août 1946 :

La vésicule est énorme, de la taille d'une grosse orange, à parois très épaisses et contient une bile verte visqueuse.

SUITES :

L'écoulement biliaire s'éclaircit rapidement.

Au bout de trois semaines, le drainage est supprimé sans vérification radiologique.

La malade est revue le 18 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 22

Mme L..., quarante ans.

Cette malade entre à l'hôpital le 13 avril 1946 pour appendicite aiguë.

A l'interrogatoire, on découvre : une crise semblable il y a un an avec douleurs plus hautes et irradiant vers l'épaule, s'accompagnant d'une poussée ictérique.

La palpation montre une douleur dans l'hypocondre droit.

On perçoit nettement le fond de la vésicule à deux travers de doigt au-dessous des côtes.

INTERVENTION le même jour :

L'appendice n'a rien, mais la vésicule est très grosse, à parois très épaisses, et contient une bile très noire, pas de calculs.

SUITES :

Le drainage est supprimé au bout de dix-huit jours, sans radiographie de contrôle.

Le 15 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 23

Mlle P..., trente-quatre ans.

Cette malade entre le 6 juillet 1938 pour syndrome vésiculaire avec léger ictère et hyperthermie.

A l'examen, on trouve une région vésiculaire très douloureuse et une vésicule perceptible.

INTERVENTION :

La vésicule est énorme, à parois très épaisses, contenant une bile noire visqueuse.

SUITES :

Au bout de quelques jours, la bile devient claire, jaune d'or.

Suppression du drainage après cholécystangiographie satisfaisante.

18 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 24

Monsieur B..., soixante-treize ans.

Le malade entre le 4 août 1947 pour crises vésiculaires répétées depuis plusieurs années avec ictère.

Sujet éthylique.

Examen : gros foie, ictère net, point vésiculaire douloureux.
Grosse vésicule palpable.

Radiographie : pas de calculs visibles, vésicule bien injectée.

INTERVENTION le 10 août 1947 :

On trouve une grosse vésicule à parois sclérosées et épaisses contenant une bile noire et de la boue biliaire.

SUITES :

Le drainage est maintenu un mois jusqu'à disparition de l'ictère.

Cholécystangiographie satisfaisante.

Le malade est revu le 15 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 25

Monsieur L..., trente-deux ans.

Entre le 1^{er} juillet 1936 pour syndrome vésiculaire avec température et subictère.

A l'examen, on trouve un point vésiculaire douloureux et une vésicule palpable.

Radiographie : la vésicule est bien injectée, énorme. Son bas-fond arrive au niveau de la crête iliaque.

Pas d'image de calculs.

INTERVENTION le 6 juillet 1938 :

On trouve une grosse vésicule à parois sclérosées très épaisses contenant une bile verte.

SUITES :

Régression rapide de l'ictère en même temps que la bile s'éclaircit.

Le malade est revenu le 20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 26

Madame V..., cinquante-quatre ans.

Entre le 25 avril 1939 pour une douleur persistant depuis huit jours, dans la région vésiculaire, avec légère hyperthermie.

Pas de signe de rétention biliaire.

Elle a déjà présenté plusieurs épisodes du même genre, au cours des années précédentes.

A l'examen : signe de Murphy très net.

Vésicule palpable.

Radiographie : vésicule bien injectée, augmentée de volume sans image de calculs.

INTERVENTION le 27 avril 1939 :

Grosse vésicule à parois sclérosées légèrement hypertrophiées, contenant une bile verte.

SUITES :

Très rapidement, cédation de tous les signes et éclaircissement de l'écoulement biliaire.

Le 28 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 27

Madame A..., quarante ans.

Le 6 novembre 1945, elle entre pour subictère persistant depuis huit jours, avec légère température et vagues douleurs abdominales.

A l'examen : peu de signes vésiculaires.

La douleur est à peine accrue par la palpation.

Il semble que l'on perçoit chez cette malade maigre le fond de la vésicule.

Radiographie : vésicule non injectée.

INTERVENTION :

La vésicule est un peu augmentée de volume, à parois très épaissies et contient une bile noire épaisse.

SUITES :

Au bout de huit jours, la bile coule, jaune d'or, par la sonde. Les signes généraux ont disparu.

Suppression du drainage le quinzième jour après cholécystangiographie satisfaisante.

La malade est revue le 20 mars 1949. Guérison.

OBSERVATION N° 28

Madame D..., vingt-neuf ans.

La malade est envoyée dans le service le 8 octobre 1932 pour syndrome appendiculaire avec douleurs de l'hypocondre droit et de la fosse iliaque droite.

Température : 38°5.

Plusieurs crises semblables au cours des années précédentes.

A l'examen : la douleur est plus vive au point vésiculaire qu'au point de Mac Burney.

De plus, elle irradie vers l'épaule droite.

Enfin, on perçoit après une palpation douce et prolongée le fond de la vésicule qui atteint un point situé à deux travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Radiographie : confirme le diagnostic : cholécystite.

Il y a une énorme distension de la vésicule avec ptose qui amène le fond en station debout dans la fosse iliaque droite.

Pas d'image de calculs.

INTERVENTION :

Vésicule énorme, pendante, à parois très épaissies et contenant une bile verte assez fluide.

SUITES :

Le drainage est maintenu trois semaines.

Pas de vérification radiologique.

La malade est revue le 13 mars 1949. Guérison.

F. — CHOLECYSTITTE GANGRENEUSE

OBSERVATION N° 29

Madame D..., soixante-huit ans.

Le 15 août 1938, la malade qui accuse depuis longtemps de vagues douleurs vésiculaires, entre dans le service.

Elle a eu quelques heures plus tôt une douleur violente dans l'hypocondre droit, suivie de crises douloureuses un peu moins violentes, s'accompagnant de vomissements alimentaires et bilieux et de phénomènes généraux graves : température à 40° avec frissons, faciès péritonéal, contracture abdominale très marquée, ictère.

INTERVENTION d'urgence :

Grosse péricholécystite.

La paroi vésiculaire est d'une couleur vineuse et recouverte de fausses membranes verdâtres.

Il existe de petits abcès intra-muraux.

La ponction ramène un liquide purulent fétide, composé de pus et de boue biliaire dans laquelle on retrouve de petits calculs.

SUITES :

Très pénibles.

Le drainage est très prolongé; ce n'est qu'au bout de quelques semaines que l'écoulement s'éclaircit et devient bilieux clair.

Suppression du drainage.

Fermeture spontanée de la fistule.

Le 20 mars 1949, la malade toujours vivante nous répond qu'elle est guérie. Mais elle ressent toujours de vagues douleurs.

OBSERVATION N° 30

Madame B..., quatre-vingt-quatre ans.

Entre dans le service le 13 septembre 1945 avec des signes de péritonite localisée dans la région vésiculaire.

Il s'agit d'une vieille lithiasique avec ictère franc, urine rouge, et selles décolorées.

A l'examen : on trouve un plastron sous-hépatique très étendu.

La température est à 40° et les douleurs intenses.

Après une injection de morphine, l'examen peut être complété et on trouve au centre du plastron une fluctuation très douloureuse.

Incision au centre de la région fluctuante : on tombe directement dans la vésicule qui est adhérente à la paroi.

Il s'écoule un liquide fétide, purulent, contenant plusieurs dizaines de calculs à facettes et des lambeaux de muqueuse sphacélée.

SUITES :

Décès par péritonite et septicémie le troisième jour.

G. — HYDROCHOLECYSTITES

OBSERVATION N° 31

Mademoiselle S..., trente ans.

Le 7 août 1942, la malade est envoyée par son médecin pour

une tumeur d'apparition brutale dans la région sous-hépatique après une crise douloureuse.

Cette tumeur est palpable, mobile, allongée et légèrement douloureuse au palper.

INTERVENTION :

Grosse vésicule allongée tendue, congestionnée, contenant de la bile jaune claire, et une poignée de petits calculs dont plusieurs sont enclavés dans le bassin et le canal cystique d'où l'on a quelques difficultés à les extraire.

Écoulement immédiat de bile jaune claire.

SUITES :

Le drainage biliaire est maintenu trois semaines.

Cholécystangiographie normale.

Le 8 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 32

Madame R..., vingt-sept ans.

Souffre depuis un peu plus d'un an de douleurs dans l'hypocondre droit avec apparition d'une tumeur lisse bien limitée, mobile.

Une radiographie sans préparation montre la présence de deux gros calculs.

INTERVENTION le 12 août 1931 :

Grosse vésicule piriforme; turgescence.

Le canal cholédoque est un peu dilaté.

On extrait de la vésicule les deux gros calculs dont l'un était enclavé dans le canal cystique et que l'on peut faire remonter dans la vésicule.

Il s'écoule un liquide muqueux blanc, très visqueux.

SUITES :

Le drainage ne donne rien pendant quelques jours, puis

s'établit un écoulement de bile jaune qui devient rapidement assez abondant.

• Maintien de la stomie un mois.

Cholécystangiographie : remplissage et vidage normaux des voies biliaires.

La malade est revue le 20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 33

Madame T..., trente-huit ans.

Souffre depuis longtemps de sa vésicule biliaire.

Une radio montre un gros calcul.

Le 18 octobre 1945, crise douloureuse après laquelle apparaît une tumeur vésiculaire globuleuse, mobile, peu douloureuse.

INTERVENTION :

Grosse vésicule blanche distendue, contenant de la bile claire et un gros calcul, enclavé dans le bassinnet.

L'écoulement biliaire reprend dès l'ablation du calcul.

SUITES :

Le drainage est maintenu quinze jours.

La sonde tombée d'elle-même n'est pas remplacée.

Le 2 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 34

Monsieur B..., soixante-quatre ans.

Depuis plusieurs semaines douleurs vagues sous-hépatiques avec apparition d'une tumeur ronde « comme une bille de billard », dit le malade, et douloureuse à la pression.

INTERVENTION :

Le 18 mai 1947 : grosse vésicule blanche, tendue, à parois

épaisses, contenant un liquide incolore filant comme du blanc d'œuf, avec quelques filets de bile jaune claire.

On trouve, enclavé dans le bassinot, un gros calcul.

Immédiatement après le retrait du calcul, on voit sourdre de la bile jaune claire.

SUITES :

Le drainage est maintenu trois semaines.

Cholécystangiographie satisfaisante.

Le malade est revu le 4 avril 1949 : guérison.

H. — VESICULE FRAISE

OBSERVATION N° 35

Madame G..., cinquante ans.

Entre pour douleurs à point de départ vésiculaire.

Température à 38°.

Subictère.

A l'examen : la vésicule est douloureuse.

Radiographie : vésicule bien injectée, pas d'image de calcul.

INTERVENTION le 6 avril 1946 :

Grosse vésicule pleine de bile noire dont la muqueuse est tapissée de granulations jaunâtres.

SUITES :

Le drainage est maintenu quinze jours.

Le 15 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 36

Madame M..., quarante-huit ans.

Cette malade entre dans le service pour douleurs abdomi-

nales, avec des crises plus violentes, parfois subictère et hyperthermie.

A l'examen : la région vésiculaire est douloureuse.

INTERVENTION le 7 novembre 1940 :

Vésicule d'aspect normal, un peu grosse.

La ponction ramène une bile noire.

La muqueuse vésiculaire est tapissée de fines granulations jaunes.

SUITES :

Drainage (trois semaines).

Cholécystangiographie : voies biliaires normales.

Le 14 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 37

Monsieur D..., quarante-cinq ans.

Entre pour douleurs vésiculaires avec irradiations scapulaires et température persistante.

A l'examen : il existe un signe de Murphy très net.

Radiographie : vésicule non injectée, pas de calculs visibles.

INTERVENTION le 1^{er} juin 1931 :

Grosse vésicule blanchâtre d'où s'écoule une bile noire et de la boue biliaire.

La muqueuse vésiculaire est parsemée de granulations et de taches jaunes.

SUITES :

Le 25 juin 1931 : cholécystangiographie : les voies biliaires sont un peu dilatées, mais leur évacuation vers le duodénum n'est pas retardée.

Le 4 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 38

Madame B..., soixante ans.

Cette malade est envoyée par son médecin parce qu'elle est anorexique, signale de vagues douleurs à point de départ hépatique, présente un léger subictère.

Mauvais état général.

Température à 38°.

A l'examen, on trouve à la palpation de la région sous-costale droite une tumeur rénitente que l'on identifie aussitôt à la vésicule.

La palpation de cette tumeur est douloureuse.

Radiographie : la vésicule est bien injectée. Pas de calculs visibles.

INTERVENTION le 4 septembre 1933 :

Grosse vésicule pleine de bile noire et de sable biliaire, dont la muqueuse est tapissée de granulations jaunes.

SUITES :

Le drainage est maintenu trois semaines.

Il n'est pas fait de contrôle radiologique.

La famille de cette malade nous répond en mars 1949, qu'elle est paralysée, mais n'a plus souffert de sa vésicule.

OBSERVATION N° 39

Madame M..., quarante-trois ans.

Entre dans le service pour dyspepsie avec anorexie, pesanteur et état nauséux.

Très mauvais état général.

Les selles sont parfois décolorées; les urines chargées.

Etat subfébrile permanent.

Pas de douleur bien localisée.

A l'examen : point vésiculaire nettement douloureux, avec irradiation sus-claviculaire droite.

INTERVENTION le 18 mai 1932 :

La vésicule est un peu augmentée de volume, blanchâtre, contenant une bile vert foncé et du sable biliaire.

La muqueuse vésiculaire est criblée de très fines granulations jaunâtres.

SUITES :

Le drainage est maintenu trois semaines.

L'état général s'améliore.

Pas de contrôle radiologique.

Le 6 avril 1949, la malade est revue : guérison totale avec digestion facile sans régime et engraissement notable.

I. — CHOLECYSTOSTOMIE POUR ICTERE D'ORIGINE MEDICALE

OBSERVATION N° 40

Madame C..., trente-neuf ans.

Cette malade est envoyée le 15 avril 1937 pour ictère à rechute avec crises pseudo-lithiasiques précédant l'apparition de l'ictère avec température plus ou moins élevée.

Les radiographies pratiquées jusqu'alors n'ont jamais montré de calculs.

On pense à une tumeur de l'ampoule de Vater ou à un calcul du canal cholédoque.

On note dans les antécédents de cette malade, plusieurs crises de colibacillose rénale importantes avec très haute température.

INTERVENTION :

Les voies biliaires sont normales, la vésicule un peu hyper-vascularisée et contenant une bile d'aspect normal.

Le foie a une couleur vineuse et une consistance inhabituellement ferme.

On se décide malgré tout à pratiquer une cholécystostomie.

SUITES :

L'écoulement biliaire est très abondant.

Les signes généraux et locaux s'amendent en quelques semaines.

Le drainage est maintenu six semaines.

La fistule se ferme spontanément.

La malade est revue le 20 mars 1949, elle n'a jamais refait d'ictère mais, au moindre écart de régime, réapparaissent des douleurs dans la région hépatique.

L'examen bactériologique de la bile montra la présence de quelques germes à forme de colibacilles.

J. — LITHIASES

OBSERVATION N° 41

Madame S...

Le 4 septembre 1937, très grosse vésicule à parois hyper-vascularisées contenant de nombreux petits calculs à facettes et une bile verte.

Les voies biliaires principales sont légèrement dilatées.

On trouve un calcul enclavé dans le cystique qu'on peut énucléer dans la vésicule.

SUITES :

Le drainage est maintenu vingt-cinq jours.

La famille de cette malade nous écrit qu'elle est décédée en 1947 d'une broncho-pneumonie.

Elle n'a jamais souffert de sa vésicule après l'intervention.

OBSERVATION N° 42

Madame H..., quarante ans.

Le 7 octobre 1933, vésicule d'aspect et de consistance normale.

On ne trouve qu'un seul calcul de la taille d'une noisette et de la bile jaune claire.

SUITES :

Le drainage est maintenu quinze jours.

Le 20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 43

Madame O..., trente sept ans.

Le 8 novembre 1933, vésicule hypervascularisée avec péricholécystite importante.

La vésicule contient de nombreux calculs à facettes, du sable biliaire et de la bile foncée épaisse.

SUITES :

Le drainage est maintenu trente-cinq jours.

La malade nous écrit en mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 44

Madame F..., vingt-sept ans.

Le 13 septembre 1933, vésicule de taille et de coloration normales, contenant six petits calculs et de la bile normale.

Le drainage est maintenu trois semaines.

Le 15 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 45

Madame M..., trente-cinq ans.

Le 28 mai 1935, grosse vésicule pleine de calculs et de sable biliaire, les voies biliaires sont dilatées, sans obstacle perceptible.

SUITES :

Drainage (trois semaines).

Cholécystangiographie; voies biliaires normales.

20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 46

Madame N...

Le 19 février 1936, vésicule dilatée contenant trois gros calculs et de la bile verte.

La cholécystostomie est maintenue trois semaines.

SUITES :

Cholécystangiographie : image normale.

Le 4 avril : guérison.

OBSERVATION N° 47

Madame V..., quarante et un ans.

Le 25 mai 1936, vésicule bourrée de petits calculs à facettes et de bile jaune claire.

Drainage (trois semaines).

SUITES :

20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 48

Madame M...

Le 19 octobre 1936, vésicule noyée dans une péri-cholécystite importante. Elle contient de nombreux calculs et une bile verte.

Drainage (trois semaines).

La malade nous écrit le 21 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 49

Madame D...

Le 20 octobre 1936, vésicule contenant deux gros calculs et de la bile verte épaisse.

Les voies biliaires principales sont dilatées sans que l'on puisse trouver d'obstacle.

Drainage (un mois).

SUITES :

Cholécystangiographie : voies biliaires toujours dilatées mais évacuation normale.

La malade est décédée en 1940 (accident) sans avoir fait de rechute au point de vue vésiculaire.

OBSERVATION N° 50

Mademoiselle D..., trente et un ans.

Le 13 mars 1939, vésicule d'aspect normal, mais contenant vingt-huit calculs à facettes et de la bile jaune claire, drainage (trois semaines).

SUITES :

Cholécystangiographie : image normale.

Le 15 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 51

Monsieur G..., quarante-six ans.

Le 4 juillet 1939 : vésicule très distendue, bourrée de calculs de toutes tailles et de bile verte.

Le cholédoque est un peu dilaté.

Drainage (trois semaines).

Pas de contrôle radiographique.

Le 15 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 52

Monsieur L..., quarante-sept ans.

Le 31 janvier 1942, vésicule distendue, blanche, contenant trois gros calculs et de la bile jaune claire.

Le cholédoque est dilaté sans obstacle évident.

Drainage (quinze jours).

SUITES :

Cholécystangiographie : les voies biliaires sont perméables, dilatées, on n'obtient pas le remplissage vésiculaire malgré l'injection d'une quantité importante de ténébryl, mais par contre l'évacuation duodénale est rapide.

Le 4 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 53

Madame B..., quarante-neuf ans.

Le 13 mai 1941, vésicule turgescente remplie de calculs à facettes et de bile jaune claire.

Drainage (trois semaines).

Pas de contrôle radiographique.

Malade revue le 15 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 54

Monsieur R..., quarante-huit ans.

Le 11 avril 1942, vésicule noyée dans une péricholécystite importante. La vésicule contient deux gros calculs et de la bile verte.

Les voies biliaires sont un peu dilatées.

Cholécystostomie maintenue un mois.

SUITES :

Cholécystangiographie : voies biliaires perméables.

Le 5 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 55

Madame C..., cinquante-trois ans.

Le 13 avril 1942, vésicule turgescence à parois saines : on retire trois gros calculs et de la bile normale.

La cholécystostomie est maintenue vingt et un jours.

Pas de contrôle radiologique.

Le 15 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 56

Madame B..., cinquante-deux ans.

Le 28 avril 1942, la vésicule est distendue, hypervascularisée. Il existe un peu de péricholécystite.

Le cholédoque est un peu dilaté.

Contenu vésiculaire : nombreux calculs à facettes et bile verte.

La sonde de Pezzer tombe seule au bout de quinze jours.

Le 20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 57

Madame M..., quarante ans.

Le 24 avril 1942, vésicule contenant un gros calcul rond et de la bile jaune claire.

Drainage (trois semaines).

Cholécystangiographie : image normale.

Le 10 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 58

Monsieur T..., quarante-deux ans.

Le 4 octobre 1942, vésicule contenant quatre gros calculs irréguliers et de la bile jaune claire.

Drainage (trois semaines).

Cholécystangiographie : image normale.

Le 6 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 59

Madame H..., quarante-cinq ans.

Le 4 octobre 1945, vésicule contenant une multitude de tout petits calculs, du sable biliaire et de la bile jaune trouble.

Cholécystostomie (trois semaines).

Cholécystangiographie : voies biliaires normales.

Le 5 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 60

Madame D..., quarante et un ans.

Le 28 octobre 1946, vésicule contenant de nombreux calculs et de la bile jaune claire.

Cholédoque un peu dilaté.

Cholécystostomie maintenue vingt-cinq jours.

Cholécystangiographie : voies biliaires normales.

Cette malade revient dans le service en juillet 1948 pour un tétanos. Guérison.

OBSERVATION N° 61

Madame W..., trente-huit ans.

Le 10 décembre 1946, vésicule contenant un calcul énorme et de la bile jaune claire.

Cholédoque dilaté sans obstacle perceptible.

Cholécystostomie (trois semaines).

Pas de cholécystangiographie.

Le 8 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 62

Monsieur P..., soixante et un ans.

Le 14 janvier 1947, vésicule contenant de nombreux calculs à facettes et de la bile jaune claire.

Cholécystostomie (quinze jours).

Cholécystangiographie : voies biliaires normales.

Le 12 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 63

Madame L..., trente-huit ans.

Le 30 janvier 1947, vésicule contenant deux calculs : un très gros et un petit accolés par une facette.

Un peu de péricholécystite.

Drainage maintenu quatre semaines.

Cholécystangiographie : voies biliaires normales.

Le 20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 64

Monsieur B..., soixante-huit ans.

Le 4 août 1947, vésicule hypervascularisée contenant une demi-douzaine de calculs et de la bile vert foncé.

Importante péricholécystite.

Le drainage est maintenu un mois.

Pas de contrôle radiographique.

Le malade est revu en février 1949 pour une cure d'évén-tration au niveau de son incision.

Guérison.

OBSERVATION N° 65

Madame V..., quarante-huit ans.

Le 16 février 1948, vésicule turgescente contenant deux gros calculs et de la bile claire.

Le cholédoque est dilaté mais sans obstacle perceptible.

Drainage (trois semaines).

Cholécystangiographie : image normale.

Le 15 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 66

Madame E..., trente-huit ans.

Le 5 mars 1948, petite vésicule à parois très minces contenant quatre calculs et de la bile normale.

Drainage (quinze jours).

Pas de contrôle radiographique.

Le 17 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 67

Madame A..., trente-six ans.

Le 7 mars 1948, vésicule de taille normale contenant dix calculs à facettes et de la bile normale.

Drainage (quinze jours).

Cholécystangiographie : image normale.

Le 18 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 68

Madame T..., quarante-cinq ans.

Le 16 mars 1948, vésicule turgescence à parois minces contenant deux gros calculs et de la bile verte.

Drainage (trois semaines).

Cholécystangiographie : voies biliaires perméables et évacuation normale.

Le 27 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 69

Madame B..., cinquante-deux ans.

Le 29 septembre 1948, vésicule distendue à parois très amincies contenant de nombreux calculs et de la bile verte.

Drainage (quinze jours).

Cholécystangiographie : image normale.

Le 4 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 70

Madame L..., trente-deux ans.

Le 23 février 1938, vésicule distendue bourrée de calculs à facettes et de bile jaune claire.

Drainage (trois semaines).

Pas de contrôle radiographique.

Le 5 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 71

Madame B..., trente ans.

Le 7 août 1947, vésicule contenant six calculs de la taille d'une noisette et de la bile jaune claire.

Drainage (dix-huit jours).

La sonde de Pezzer tombe d'elle-même et n'est pas remplacée

Le 13 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 72

Madame D...

Le 4 septembre 1945 : vésicule contenant trois gros calculs et de la bile vert foncé.

Cholédoque normal.

Drainage maintenu quinze jours.

Cholécystangiographie : image normale.

Le 15 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 73

Madame M..., cinquante-deux ans.

Le 2 octobre 1945 : vésicule contenant un seul gros calcul enclavé dans le bassin et de la bile verte.

Péricholécystite importante.

Cholécystostomie maintenue quinze jours.

Cholécystangiographie : image normale.

Le 20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 74

Madame D..., quarante-cinq ans.

Le 27 janvier 1946 : vésicule contenant de nombreux calculs à facettes et de la bile jaune claire. Il existe un peu de péricholécystite. Le cholédoque est normal.

Le drainage est maintenu quinze jours.

Pas de contrôle radiologique.

Le 3 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 75

Monsieur B..., cinquante et un ans.

Le 19 juin 1949 : vésicule contenant de nombreux calculs et de la bile verte.

Le cholédoque est normal.

Le drainage est maintenu quinze jours.

Pas de contrôle radiologique.

Le 4 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 76

Madame P..., trente-deux ans.

Le 31 juillet 1946 : petite vésicule contenant deux calculs et de la bile jaune claire.

Cholédoque dilaté sans obstacle perceptible.

Le drainage est maintenu trois semaines.

La cholécystangiographie montre des voies biliaires perméables mais se vidant mal.

Il existe du reflux dans le canal hépatique.

On maintient le drainage quinze jours de plus et une nouvelle cholécystangiographie montre une évacuation normale.

Le 16 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 77

Madame H..., quarante-neuf ans.

Le 27 octobre 1946 : vésicule contenant de nombreux calculs et de la bile verte.

Péricholécystite importante.

Le drainage est maintenu trois semaines.

Pas de contrôle radiologique.

Le 5 avril 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 78

Madame C..., cinquante-neuf ans.

Le 29 novembre 1946 : vésicule à parois minces et hyper-vascularisées au travers de laquelle l'œil devine les calculs nombreux. Bile jaune.

Drainage : quinze jours.

Cholécystangiographie : image normale.

Le 30 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 79

Madame W..., trente-quatre ans.

Le 13 décembre 1946 : vésicule dilatée, œdématisée, contenant deux gros calculs et de la bile jaune foncé.

Drainage : trois semaines.

Pas de cholécystangiographie.

Le 28 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 80

Madame M..., cinquante-deux ans.

Le 4 mars 1947 : vésicule contenant de nombreux calculs à facettes et de la bile normale.

Cholédoque un peu dilaté.
Le drainage est maintenu quinze jours.
Pas de contrôle radiologique.
Le 8 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 81

Madame P..., quarante-cinq ans.
Le 21 mars 1947 : vésicule turgescente bourrée de calculs à facettes, bile normale.
Voies biliaires normales.
La cholécystostomie est maintenue trois semaines.
Cholécystangiographie : image normale.
Le 20 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 82

Madame N..., trente-deux ans.
Le 15 février 1947 : vésicule contenant deux gros calculs et du sable biliaire.
Le drainage est maintenu un mois.
Le 15 mars 1949 : guérison.

OBSERVATION N° 83

Madame V..., cinquante-cinq ans.
Cette malade souffre de lithias biliaire depuis trente ans.
Depuis plusieurs années, elle ne souffre plus, mais il y a un mois elle a fait une nouvelle crise suivie de plusieurs autres.
C'est un sujet en mauvais état général, subictérique.
La température est peu élevée.

Les selles sont décolorées et les urines sont troubles.

Le palper de la région vésiculaire est douloureux.

Radiographie : la vésicule n'est pas injectée.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 19 octobre 1945 : intervention très pénible; il existe de grosses adhérences bloquant ensemble : vésicule, duodéno-pancréas, pédicule hépatique.

En passant le doigt derrière ce bloc, on rentre dans l'arrière-cavité des épiploons par le hiatus de Winslow. Mais on n'arrive pas à libérer la vésicule.

Sur le doigt passé dans l'hiatus de Winslow, on croit apercevoir le cholédoque. On incise prudemment et on voit s'écouler un peu de bile. Par l'ouverture du cholédoque, on introduit une petite sonde en gomme qui pénètre ainsi jusqu'à la vésicule. On incise le fond de la vésicule sur la saillie de la sonde et il s'écoule de la bile noire et on retire dix calculs.

Cholécystostomie et cholédocotomie.

Drainage sous-vésiculaire.

SUITES :

Les suites immédiates sont bonnes.

Après un mois de drainage, les signes généraux ont disparu : plus d'ictère, selles colorées, urines claires, température normale.

Suppression des drains sans contrôle radiologique.

La malade est revue le 15 avril 1949 :

Pendant un an, guérison complète.

Puis apparition d'une nouvelle crise douloureuse du même type que les crises qui ont précédé l'intervention.

Et en quatre ans, la malade a cinq crises et les signes généraux reparaissent.

DISCUSSION :

Une disposition anatomo-pathologique très spéciale a empêché tout contrôle visuel ou manuel de l'intégrité des voies biliaires.

Malgré le passage de la sonde, il est possible qu'il soit demeuré un petit calcul dans les voies biliaires.

De plus, étant donné la péricholécystite intense, il est possible que les adhérences aient été cause d'un rétrécissement ou d'une dyskinésie des voies biliaires.

Mais une chose est certaine dans ce cas : la cholécystostomie était seule possible sans faire courir un très grand danger à la malade.

Nous devons cependant remarquer que la cholécystangio-graphie ne fut pas pratiquée avant la suppression du drainage, ce qui est certainement une faute.

OBSERVATION N° 84

Monsieur B..., trente-sept ans.

Ce malade souffre depuis plusieurs années. Son médecin pense à une cholécystite. Nous pensons à une histoire gastrique. En effet, la fréquence des crises, leur horaire, la conservation de l'appétit et leur topographie sont en faveur de l'ulcus.

Les radiographies gastro-duodénales ou vésiculaires sont normales ou plus exactement négatives.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 7 avril 1940 : incision médiane sous-ombilicale.

L'exploration de l'estomac ne montre rien. Mais par contre, la vésicule contient de nombreux calculs. Les parois vésiculaires sont saines.

Le cholédoque est normal.

Pour essayer d'éviter l'intrusion de la bile dans le péritoine, la vésicule est fixée à la paroi et l'incision pariétale suturée avant d'ouvrir la vésicule.

La vésicule est alors ouverte et on retire de la bile noire et une vingtaine de calculs.

SUITES :

Le drainage est maintenu quinze jours.

La cholécystangiographie montre des voies biliaires normales.

En janvier 1949, après neuf ans de guérison, le malade ressent de nouvelles crises semblables à celles qui avaient provoqué l'intervention. De plus, on trouve dans la région sous-hépatique une tumeur de la taille d'un citron que l'on identifie aussitôt avec la vésicule.

INTERVENTION le 19 avril 1949 :

On trouve dans la vésicule un gros calcul de cholestérine très friable et enchatonné dans la muqueuse, comme s'il s'agissait d'une formation intra-murale.

Cholécystectomie.

DISCUSSION :

Dans ce cas d'exécution technique facile, nous pouvons incriminer la modification que nous avons apportée à la technique habituelle. En effet, le contrôle de l'intégrité des voies biliaires ne fut effectué qu'en état de réplétion.

Malgré la cholécystangiographie satisfaisante, il est possible qu'il soit resté un calcul dans le bassinet; calcul minuscule que le palper ne put identifier, mais qui en se développant fut cause de la récurrence.

Enfin, le calcul trouvé à la deuxième intervention était enchatonné dans la muqueuse, et on peut se demander si la résection de la muqueuse vésiculaire préconisée par J. AUBRY dans sa thèse, n'aurait pas évité cette récurrence.

OBSERVATION N° 85

Madame U..., soixante-cinq ans.

Cette malade a eu plusieurs crises vésiculaires. La dernière date de deux ans.

Mais depuis cette crise, la malade est restée ictérique et fait des sautes de température à 39° ou 40°.

Le 24 juin 1947 : nouvelle crise douloureuse très violente.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Vésicule énorme, blanche, infiltrée à sa base et dont la face inférieure est violacée.

Elle contient une bile noire et du sang, et un gros calcul.
Les voies biliaires sont libres.

SUITES :

La cholécystostomie est maintenue quinze jours.

Tout rentre dans l'ordre.

En mars 1948 : nouvelle crise douloureuse avec température et ictère et selles décolorées.

DISCUSSION :

Dans ce cas, il est très difficile de déterminer la cause de la récédive ou même d'émettre une hypothèse sur cette récédive.

En effet, nous n'avons pu revoir cette malade qui s'est contentée de nous répondre par écrit et aucun point de technique ou d'anatomie pathologique ne retient l'attention.

OBSERVATION N° 86

Monsieur B..., cinquante-trois ans.

Ce malade qui souffre d'une arthrite de la hanche droite offre à l'interrogatoire un passé de faux troubles gastriques. On ne peut identifier ses crises douloureuses.

Le 23 avril 1947 : il est pris d'une violente douleur dans l'hypocondre droit qu'il croit provenir de sa hanche.

Le lendemain tout se calme.

Le malade prend une petite purge et le soir la douleur reprend.

A l'examen, on trouve une défense pariétale.

La matité hépatique est conservée.

Le toucher rectal est négatif.

Il n'y a pas de pneumo-péritoine.

La température est à 38°5.

On pense à une cholécystite.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 25 avril 1947 : on trouve une grosse vésicule à parois épaissies et contenant une bile verte et plusieurs centaines de tout petits calculs ressemblant à des éclats de pierre.

Il ne s'écoule pas de bile après la vidange de la vésicule.

A cause de l'embonpoint du malade, il est impossible d'explorer le reste des voies biliaires.

SUITES :

Le drainage est maintenu trois semaines. Il s'écoule très peu de bile.

La cholécystangiographie montre une évacuation retardée.

En avril 1948 : deux nouvelles crises douloureuses semblables à celles qui ont amené le malade à l'intervention la première fois.

DISCUSSION :

Chez ce malade obèse, l'exploration opératoire des voies biliaires fut impossible.

La cholécystangiographie montrait un retard d'évacuation, ce qui tendrait à prouver qu'il existait déjà à ce moment là un obstacle.

Il peut s'agir d'un ou plusieurs calculs oubliés, puisque les calculs extraits étaient gros comme des têtes d'épingles.

OBSERVATION N° 87

Monsieur C..., cinquante-quatre ans.

Ce malade souffre depuis plusieurs années de dyspepsie avec anorexie s'accompagnant de douleurs épigastriques vagues mais à horaire relativement régulier. On pense à une histoire gastrique.

A l'examen : pas d'ictère, pas de température, selles et urines normales, abdomen douloureux dans son ensemble.

Un premier examen radiologique gastro-duodénal montre une présomption d'ulcus de la face postérieure de l'estomac.

Mais les clichés sont mauvais et l'on demande un nouvel examen radiologique qui ne montre plus rien.

Du côté vésiculaire, la radio ne montre rien et l'examen clinique est négatif.

Après quelques jours d'observation, le malade est renvoyé chez lui, le dimanche 1^{er} février 1948.

Dans l'après-midi, chez lui : douleur violente, brutale, en coup de poignard dans l'hypocondre droit avec contracture de l'abdomen.

Le malade est renvoyé dans le service.

La matité pré-hépatique est conservée, il n'y a pas de pneumopéritoine. Cependant, devant le tableau clinique, on décide d'intervenir.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Laparotomie médiane sus-ombilicale.

Estomac et duodénum normaux.

La vésicule biliaire contient deux gros calculs.

Les voies biliaires sont normales.

SUITES :

La cholécystostomie est maintenue quinze jours.

Pas de contrôle radiologique.

En avril 1948, soit deux mois plus tard : nouvelle crise très douloureuse ayant nécessité l'injection de morphine, suivie de l'apparition d'un ictère franc persistant.

DISCUSSION :

Rien ne permettait, au moment de l'intervention, de douter du résultat.

On est cependant en droit de se demander si l'exploration

de la face postérieure de l'estomac et du duodénum ne fut pas cause d'adhérences bridant maintenant le cholédoque.

OBSERVATION N° 88

Madame L..., cinquante ans.

Cette malade présente des douleurs épigastriques irradiées vers l'omoplate avec température intermittente relativement peu élevée et suivies de l'apparition d'un ictère franc.

On trouve un signe de Murphy.

On pense à un calcul du cholédoque.

PROTOCOLE OPÉRATOIRE :

Le 29 novembre 1941 : on trouve une vésicule pleine de calculs à facettes. Il existe une forte réaction péri-vésiculaire et de toute la région des canaux.

L'exploration du canal cholédoque le montre dilaté, mais on ne perçoit pas de calcul à l'intérieur.

On décide de drainer les voies biliaires par l'intermédiaire de la vésicule.

La ponction ramène de la bile noire puis verte. La quantité de bile ainsi ramenée est nettement supérieure à la capacité de la vésicule, d'où nous concluons qu'elle n'est pas exclue.

On pratique un décollement du duodénum pour explorer l'ampoule de Vater qui est normale.

On retire une douzaine de calculs de la vésicule.

SUITES :

L'ictère et les signes généraux disparaissent rapidement avec le drainage.

Mais quelques semaines après le retrait de la sonde, tous les signes réapparaissent aussi nets qu'avant l'intervention.

La cholécystangiographie pratiquée au moment du retrait de la sonde montrait un bon remplissage vésiculaire et cholédocien, mais un assez important retard d'évacuation.

DISCUSSION :

Le décollement du duodénum pratiqué pour vérifier l'intégrité de l'ampoule de Vater fut peut-être de trop. En effet, ce décollement fut probablement facteur d'adhérences qui créèrent une dyskinésie des voies biliaires. Nous pouvons être à peu près certain qu'il s'agit bien de dyskinésie par le fait qu'un simple traitement médical à base de sulfate d'atropine et de dithiosalicylate de magnésie à suffi à tout faire rentrer dans l'ordre en quelques semaines et que, encore actuellement, lorsqu'il se produit de nouvelles crises, ce même traitement arrête tout.

STATISTIQUES

Genre des lésions	Nombre de cas	Nombre de guérisons	Nombre de récidives	Nombre de décès
<i>Lithiases</i>	48	42	6	0
<i>Cholécystites aiguës</i> ..	5	4	0	1
<i>Cholécystites purulentes</i>	10	9	0	1
<i>Cholécystites gangréneuses</i>	2	1	0	1
<i>Cholécystites hypertrophiques</i>	10	10	0	0
<i>Vésicules fraises</i>	5	5	0	0
<i>Perforations de la vésicule</i>	1	1	0	0
<i>Cholépéritoinés</i>	2	2	0	0
<i>Hydrocholécystes</i>	4	4	0	0
<i>Ictère médical</i>	1	1	0	0
Totaux	88	79	6	3

CONCLUSIONS

I. — La cholécystostomie est une opération simple, bénigne, toujours praticable même sur des sujets en mauvais état général.

II. — La cholécystostomie n'est pas un pis-aller ni une opération palliative; elle est suffisante dans la majorité des cas, sauf en cas de vésicule exclue totalement.

III. — La cholécystostomie permet le contrôle des voies biliaires par la cholécystangiographie.

IV. — En cas de besoin, la cholécystostomie ne complique pas une nouvelle intervention sur les voies biliaires. Au contraire, elle « réserve l'avenir » (LEJARS) en conservant la vésicule que le chirurgien peut être content de retrouver ultérieurement, soit pour pratiquer une anastomose bilio-digestive, soit pour accéder à la voie biliaire principale obstruée ou rétrécie.

V. — Après de nombreuses cholécystectomies, les opérés continuent à éprouver de légères douleurs ou de petits troubles hépatiques, ou même parfois des troubles du transit biliaire ou duodénal. C'est que la cholécystectomie laisse derrière elle de nombreuses adhérences plus ou moins denses qui peuvent être la cause de ces troubles.

VI. — Pour certains auteurs, la vésicule lithiasique aurait une propension marquée à devenir cancéreuse,

mais nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier cette hypothèse.

VII. — La cholécystostomie conserve la vésicule et celle-ci est loin d'avoir un rôle négligeable puisque, outre son rôle de réservoir, elle concentre la bile, sécrète du mucus et même pour certains un suc ayant une action sur la sécrétion pancréatique.

VIII. — Quant aux récidives, nous pouvons en conclure :

— En cas de récidive lithiasique, la cholécystostomie complétée par la résection de la muqueuse vésiculaire, comme le préconise J. AUBRY dans sa thèse, aurait peut-être pu l'éviter.

— En cas de dyskinésie des voies biliaires post-opératoires, il est à peu près certain que la cholécystectomie aurait eu le même effet, puisqu'il s'agit de brides cicatricielles.

De toute façon, cela prouve qu'il ne faut pas ôter sa bénignité à la cholécystostomie en pratiquant une exploration manuelle trop poussée des voies biliaires principales, si les conditions anatomiques ne s'y prêtent pas.

IX. — Enfin, le fait d'avoir conservé la vésicule permettra, si besoin est, de pratiquer un contrôle radiomanométrique des voies biliaires et de vérifier ainsi leur intégrité ou de voir s'il existe un obstacle lithiasique, cicatriciel ou spasmodique.

Vu, le Doyen :

BINET

Vu, le Président de thèse :

● QUENU

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- AINE (E.). — S. d'hydrologie et du climat médical de Paris. (*La Presse Thermale et Climatique*, 15 octobre 1933.)
- Cholécystostomie et cure de Châtel-Guyon.
- AUBRY (J.). — Contribution à l'étude des cholécystostomies. (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1941.)
- BERGER. — Indications des cholécystostomies. (*B. M. S. C.*, 2 septembre 1925.)
- BERTRAND. — Les insuccès de la cholécystectomie. (*Le Scalpel*, 12 février 1927.)
- BORIN. — La bile de cholécystostomie. (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1933.)
- BROCQ (P.), CHABROL (E) et PORIN (J.). — Les enseignements de la cholécystostomie dans les ictères infectieux. *Presse Médicale*, 6 juillet 1932.)
- BARBER (H.). — Les séquelles de la cholécystectomie. (*Annals of Surgery*, Philadelphie, août 1935; in : *Journal de Chirurgie*, novembre 1935.)
- BÉRAUD (L.) et MALLET (Guy). — Sur les données de la cholécystostomie dans les ictères infectieux. (*Presse Médicale*, 21 novembre 1932.)
- BERGOUIGNAN (L.). — Deux cas de cholécystostomie pour ictère prolongé de cause médicale. (*Académie de Chirurgie*, 1^{er} avril 1936.)
- BIANCHERI. — La valeur de la cholécystostomie. (*Arch. Ital. di Chir.*, avril 1932.)

- CHEVALLIER (R.). — Résultats éloignés de la cholécystostomie. (*Thèse de Doctorat*, Paris, 1938.)
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. (*Thèse*, Lyon, 1908.)
- CHIRAY, PATEL. — La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion. (*Thèse*, Paris, 1936.)
- COLDEFY. — Chirurgie d'urgence de la vésicule biliaire. (*Thèse*, Lyon, 1944.)
- DESJARDINS. — Sur la technique de la cholécystostomie. (*B. M. S. C.*, Paris, 15 février 1935.)
- DESPLAS (B.) et MEILLÈRE. — Technique de la cholécystostomie (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 3 décembre 1930.)
- DRAGON (H.). — De la cholécystostomie idéale. (*Thèse*, Lyon, 1910.)
- ELIASON et FERGUSON. — Cholecystostomy. (*Annals of Surgery*, septembre 1931.)
- GOINARD (P.). — Ictère par rétention sans obstacle organique avec hypertonie vésiculaire : cholécystostomie curative. (*B. M. S. C.*, 30 juin 1934.)
- HAUTEFORT. — Vésicule biliaire et lithiase. (*Thèse de Paris*, 1909.)
- LACOSTE. — Indications, techniques et résultats de la cholécystostomie. (*Thèse de Paris*, 1934.)
- LEDU. — Contribution à l'étude des cholécystostomies. (*Thèse de Paris*, 1945.)
- MADINAVETTIA. — Cholecystostomia : los progressos de la clinica. Janvier 1933.
- MONOD. — Un cas d'ictère chronique traité par la cholécystostomie. (*B. M. S. C.*, 17 avril 1929.)
- MARTIN. — Cholécystostomie d'urgence pour gangrène de la vésicule chez une femme de 74 ans très obèse. (*Société de Médecine de Rouen*, 9 novembre 1931.)

- PAPIN. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mars 1925.)
- PAUCHET. — Anus biliaire. La cholécystostomie dans le but de drainer non la vésicule seule, mais la totalité des voies biliaires. (*Le Vieux Bistouri*, 20 avril 1932.)
- PAUCHET. — Technique de la cholécystostomie. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1^{er} février 1935.)
- PRATT. — Cholecystectomy and cholecystostomy in gangrenous cholecystitis. (*Am. J. Surgery*, octobre 1933.)
- SANDERS. — The end resultats in 500 cases of cholecystostomy. (*Am. J. Surgery*, 1930, p. 367-387.)
- TAVERNIER. — Cancer de la vésicule biliaire après cholécystostomie. (*Lyon Chirurgical*, 1924.)
- VIGNOL. — La cholécystostomie dans la lithiase biliaire. (*Thèse de Paris*, 1945.)
- WESTLEY, LONG. — De l'importance de la conservation de la vésicule dans les opérations sur les voies biliaires. (*Annals of Surgery*, 1911, p. 349.)
- WILLYS, MURAT. — Relative merits of cholecystostomy and cholecystectomy. (*Surgery Gynecology and Obstetric*, 1922, p. 183.)
- LUC VAN DER ELST. — Les indications de la cholécystostomie dans les cholécystites aiguës. (*Thèse de Paris*, 1933.)
- La cholécystostomie. (*Journal des Praticiens*, 1^{er} décembre 1934.)

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
